Canada

Waiting for Romanow...

Recommendations on the Future of Health Care in Canada

National Advisory Council on Aging

Government of Canada Gouvernement du Canada

What is the National Advisory Council on Aging?

The National Advisory Council on Aging (NACA) was created by Order-in-Council on May 1, 1980 to assist and advise the Minister of Health on issues related to the aging of the Canadian population and the quality of life of seniors. NACA reviews the needs and problems of seniors and recommends remedial action, liaises with other groups interested in aging, encourages public discussion and publishes and disseminates information on aging.

The Council has a maximum of 18 members from all parts of Canada. Members are appointed by Order-in-Council for two- or three-year terms and are selected for their expertise and interest in aging. They bring to Council a variety of experiences, concerns and aptitudes. Health Canada's Division of Aging and Seniors provides operational support to the National Advisory Council on Aging.

Members of the National Advisory Council on Aging (2002)

Chairperson	
Patricia Raymaker	Calgary, Alberta
Members	
Lloyd Brunes	Hay River, Northwest Territories
Bubs Coleman	Saskatoon, Saskatchewan
Mary Cooley	Halifax, Nova Scotia
Jean Claude Duclos	Montréal, Quebec
Michael Gordon	Toronto, Ontario
Don Holloway	Marystown, Newfoundland
Reg MacDonald	Miramichi Bay, New Brunswick
Eileen Malone	Fredericton, New Brunswick
Gérald Poulin	Ottawa, Ontario
Ruth Schiller	Osoyoos, British Columbia

Please send your comments, queries or change of address notice to:

National Advisory Council on Aging
Address Locator: 1908A1
OTTAWA, Ontario
K1A 1B4

Tel: (613) 957-1968
Fax: (613) 957-9938
E-mail: seniors@hc-sc.gc.ca
Internet: http://www.naca.ca

This publication is also available, upon request, in alternate formats. It can be consulted and downloaded at website: http://www.naca.ca. Permission is granted to reproduce freely provided the source is mentioned.

© Minister of Public Works and Government Services Canada 2002
Cat. H39-639/2002 ISBN 0-662-66828-6 Agreement No.: 1754424

103-00076/

Waiting for Romanow...

Recommendations on the Future of Health Care in Canada

Introduction

In the Spring of 2002, the National Advisory Council on Aging (NACA) submitted an abstract to the Romanow Commission on the Future of Health Care in Canada. This abstract presented NACA's views on specific issues related to health care reform – primarily from a seniors' perspective, and responded to some of the important questions posed by the Commission's *Interim Report*. The NACA abstract concluded with a set of specific recommendations to reform the health care system.

Though NACA's views on the future of health care in Canada are now known to the Romanow Commission, NACA has yet to make these views public. The purpose of this document is to describe and explain the Council's views to the public at large, in anticipation of the Romanow Commission's Final report, due to be released in mid-November, 2002.

Pat Raymaker

Patricia Raymaker
Chairperson

How Well Has Canada's Health Care System Served Canadians?

NACA believes that Canadians have been well served by a publicly funded universally accessible health care system. Though Canadians have voiced some concerns in recent years related to specific aspects of the health care system (e.g., access to certain services, waiting lists), survey after survey demonstrates that Canadians who actually need to *use* the health care system, generally report a high level of satisfaction with the care they receive. International comparisons of health care systems across industrialized countries reveal that Canada's health care system provides a high level of care for all its citizens at a relatively low cost to society (i.e., our system is relatively "efficient"). But, NACA also believes reforms do need to be undertaken if Canada's health care system is to be modernized and sustained. More specifically, the Council urges all governments to take action on particular health care issues that disproportionately affect seniors. More often than not, making changes to the health care system to meet the needs of seniors better will simultaneously benefit all age groups.

NACA believes that the five principles of the *Canada Health Act (CHA)* that have guided the delivery of health care in Canada (comprehensiveness, accessibility, universality, portability and public administration) are sound and effective. However, the Council also recognizes that health care has changed dramatically since the 1960s when these principles became the foundation of Medicare and in 1984, when they were enshrined in the *CHA*. It may be time to ask whether we need these principles further clarified to meet the realities of today's health care and/or whether we need to add new principles or programs that reorient the health care system to meet Canadians' evolving health care needs.

Though sustaining and reforming health care in Canada is obviously in the interest of all Canadians, it is of particular importance to seniors: as a person ages, having access to high quality health care has a greater influence on health.

I. Specific issues

Primary Care Reform

NACA sees reforming primary care as a critical part of sustaining and modernizing health care. When policy makers refer to primary care reform, it usually includes changing the way in which health care professionals are organized (e.g., advocating integrated interdisciplinary teams of various practitioners versus individual doctor practices; changing respective roles played by various health professionals) and/or changing the ways in which they are paid. For example, by moving physicians away from what is now a predominantly fee-for-service basis to a mix of payment methods, the incentives for physicians to practice in different and more efficient ways (e.g., preventive medicine, increased counselling) would improve. These payment methods might include salaries, capitation, and contract or fee-for-service.

Primary care reform is important to seniors because they often rely more heavily, relative to other population groups, on timely access to their health care practitioners. Timely access to primary care can "nip a problem in the bud" and reduce the chance of being hospitalized. It is NACA's view that primary care should be changed so that it is more consistent with the principles of geriatric care. Seniors with multiple health problems would benefit from health care settings in which practitioners from various disciplines work in teams. Changing the way physicians are paid (e.g., less fee-for-service) would improve incentives for practitioners to spend more time with each patient. Finally, reforming primary care to create a larger role for health promotion and disease prevention activities within a primary care setting would improve the health of seniors and the entire population.

Home Care

NACA believes that maintaining and expanding the provision of home care is critical to a reformed health care system, to meet both the needs of today's seniors (and other age groups that depend on home care) and those of an aging population. Home care prevents and delays institutionalization and improves seniors' quality of life by allowing them to remain in their community. Yet, despite the advantages of home care – and the increasing need for it – expansion of home care has not kept pace with

hospital cut-backs. Despite the goal of moving health care delivery away from physical institutions such as hospitals and back into communities, spending on home care accounts for only 4% of all health care expenditures. Between 80 to 90% of home care is unpaid. Publicly funded home care and home support vary widely across the country, even within provinces.

Prescription Drugs

Prescription drugs have become a much more important part of Canada's health care system. In fact, prescription drugs are the fastest growing cost component of the nation's health care system. The cost of prescription drugs has risen 170% per household over the last 20 years. Canada's publicly insured health care system has not kept pace with this changing reality of health care. Prescription drugs are publicly insured only if they are prescribed in a hospital even though most prescribing occurs in a physician's office. Public insurance for prescription drugs for seniors varies widely across Canada. The issue of prescription drug coverage affects seniors disproportionately because seniors use more prescriptions drugs than other population groups. Some seniors – and younger Canadians as well – are still vulnerable to undue financial hardship from high drug prices.

Population Health/Health Promotion/Disease Prevention

Seniors are not a monolithic group; some seniors are aging in better health than others. This means there is significant potential for investments in health promotion/disease prevention strategies to maintain the health of those who are aging well and to improve the health of those with diseases, or at risk for serious problems. There is solid evidence that shows that health promotion and disease prevention strategies (e.g., falls prevention, physical activity, healthy eating) can improve the health of seniors – even very late in life. Many chronic diseases that shorten life and/or decrease quality of life for seniors (diabetes, heart disease, osteoarthritis) are modifiable by health promotion, health education and disease prevention programs. NACA believes that, in designing and delivering such health promotion and disease prevention programs, particular attention should be given to marginalized groups such as those with low-incomes, poor housing conditions, or those lacking in social support from family or friends.

II. NACA responds to questions posed by the Romanow Commission's *Interim Report*

The Commission's *Interim Report* asked Canadians for their views with respect to a series of questions concerning the future of health care in our country.

"Should the Canada Health Act (CHA) be revisited?"

To this question, NACA responds with a qualified **Yes**: revisited, but not reopened. By this, the Council means that the *CHA* has *historically* served Canadians well. The five principles contained in the *Act* (accessibility, universality, comprehensiveness, portability and public administration) continue to be relevant and consistent with Canadian values. The principles have provided each province with a great deal of flexibility in the design and delivery of health care.

On the other hand, the Council thinks that the definition of these principles is too vague. The lack of clarity on what these principles truly mean has, many would argue, allowed some aspects of the health care system to erode. Because there is no consensus on how these principles should apply to real-life health care scenarios, critics have argued that provincial governments have had too much latitude in the interpretation of the principles while the federal government has lacked the authority to challenge these interpretations.

Should the CHA be reopened to put something in, something might equally be taken out. That would pose an unwarranted risk. One option suggested by NACA is to leave the principles as they currently exist in the *CHA* untouched but introduce a compendium Act that would provide greater clarity to the five principles. NACA believes that the term "medically necessary" as contained in the Act – though not itself one of the five principles – needs to be clearly defined and agreed upon by all levels of government. This new Act could also provide two additional principles to guide Canada's health care system: quality and accountability. These two new principles would mean that governments would be required – on a regular basis – to report to their electorates on the quality and performance of their respective health care systems.

All governments should be audited by a third party, independent of the governement, to ensure as much as is possible, that health care is delivered in an efficient, cost-effective manner. This would make governments, providers, insurers, etc., accountable to taxpayers and citizens for the health care they provide and the taxpayers dollars they use in doing so.

In addition to the above, the new compendium Act needs to reflect the fact that health care delivery has changed tremendously since Medicare was introduced in the 1960s and the CHA, 1984. The compendium Act should stipulate how "new core services", relevant to emerging health issues and changing realities of Canadian society, should be addressed through legislation. In addition to health care services already publicly insured, NACA recommends that additional "new core services" be publicly insured with priority being given (in descending order) to home care, prescription drug coverage and long-term care.

Another question contained in the *Interim Report* dealt with the four perspectives on the future of health care. The Commission found in their presentations to date, that Canadians' views on how to address the challenges facing the health care system seemed to coalesce around four major perspectives. These perspectives were: more public investment; share cost and responsibilities; increase private choice; and, reorganize service delivery.

"Which of the four perspectives does NACA favour? "

NACA endorses some aspects of three perspectives, with qualification:

- **more public investment:** NACA believes increased public investment is part of the answer to sustaining and modernizing Canada's health care system, especially in areas related to home care, prescription drugs, and increased Canada Health and Social Transfers (CHST);
- **increased private choice:** NACA is open to innovations in delivery that may increase private choice, and/or improve efficiency or effectiveness, providing these changes *do not* decrease accessibility, universality (e.g., privately delivered but publicly-insured services) or increase costs unnecessarily; and

- **reorganized service delivery**: NACA believes significant improvements can be made by reorganizing service delivery, whether it be through primary care reform, shifting of resources to health promotion/disease prevention models or recognizing that prescription drug coverage and home care should be part of Medicare.

NACA does **not** support the direction of **sharing costs and responsibilities**. NACA is very concerned that use of co-payments, user fees, etc. will result in decreased access without improved efficiency. International evidence from the European Economic Commission suggests that containing costs is better accomplished by reforming how the system delivers services rather than by increasing costs for the patient.

"What options should we pursue to ensure the funding and fiscal sustainability of the Canadian health care system?"

NACA believes that:

- there is no "magic" figure that dictates what amount of spending on health care is appropriate;
- health care funding levels need to be more predictable and more transparent; and
- the federal share of health care funding should increase.

III. NACA recommends to the Romanow Commission and Canadians

To address some of the major questions posed by the Commission on the Future of Health Care in Canada's Interim Report, NACA recommends that:

The *CHA* retain the five existing principles that have been the underpinning of the Canadian health care system. That a compendium Act to the *CHA* be introduced to clarify the meaning of the existing five principles, to add two new principles of quality and accountability, and to provide for publicly-insured home care and more comprehensive prescription drug coverage programs.

All governments collaborate to modernize and sustain Canada's health care system through:

- more public investments;
- increased private choice as described by NACA; and
- reorganized service delivery.

Health care funding levels be more predictable and transparent and that the federal government's share of health care funding be increased.

To address health care system issues that particularly affect seniors, NACA recommends that:

The number of physicians with geriatric training be increased.

All governments explore methods of physician remuneration and improved incentives for various forms of health care practitioner organization (e.g., inter-disciplinary group practices) that are more compatible with the principles of geriatric care. These principles should take into consideration the multi-dimensional approach required to care for this population.

All levels of government collaborate to reform primary health care to make it more accessible (e.g., 24 hours/7days per week), and more integrated across disciplines.

A national, publicly-insured home care program be established (preferably as part of a compendium Act to the *CHA*) that provides, at a minimum, a "core" set of services for everyone.

A national, comprehensive publicly-insured or publicly/privately-insured prescription drug plan be established (preferably as part of a compendium Act to the *CHA*).

Increased priority be given to health promotion/disease prevention by enhancing public funding for health promotion/disease prevention initiatives that have been demonstrated to be effective.

Long-term care be an integral part of the health care system.

NACA believes:

- Canada must guarantee the same rights and privileges to all its citizens, regardless of their age.

- Seniors have the right to be autonomous while benefitting from interdependence and the right to make their own decisions even if it means "living at risk".

- Seniors must be involved in the development of policies and programs and these policies and programs must take into account their individuality and cultural diversity.

- Seniors must be assured in all regions of Canada of adequate income protection, universal access to health care, and the availability of a range of programs and services that support their autonomy.

Canada

En attendant Romanow...

Recommandations sur l'avenir des soins de santé au Canada

Conseil consultatif national sur le troisième âge

Gouvernement du Canada
Government of Canada

Qu'est-ce que le Conseil consultatif national sur le troisième âge?

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1er mai 1980, afin d'aider le ministre de la Santé et de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des aînés. Le Conseil étudie les besoins et les problèmes des aînés, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public, publie et diffuse de l'information sur le vieillissement.

Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres provenant de toutes les régions du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, de leurs préoccupations et de leurs compétences. La Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada, fournit un appui fonctionnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

Membres du Conseil consultatif national sur le troisième âge (2002)

Présidente	
Patricia Raymaker	Calgary, Alberta
Membres	
Lloyd Brunes	Hay River, Territoires du Nord-Ouest
Bubs Coleman	Saskatoon, Saskatchewan
Mary Cooley	Halifax, Nouvelle-Écosse
Jean Claude Duclos	Montréal, Québec
Michael Gordon	Toronto, Ontario
Don Holloway	Marystown, Terre-Neuve
Reg MacDonald	Miramichi Bay, Nouveau-Brunswick
Eileen Malone	Fredericton, Nouveau-Brunswick
Gérald Poulin	Ottawa, Ontario
Ruth Schiller	Osoyoos, Colombie-Britannique

Pour plus de renseignements sur ce document ou pour signifier un changement d'adresse :

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Immeuble Jeanne-Mance, 8e étage
Indice de l'adresse : 1908A1
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Tél. : (613) 957-1968
Téléc. : (613) 957-9938
Courriel : seniors@hc-sc.gc.ca
Internet : http://www.ccnta.ca

Cette publication est disponible, sur demande, en formats substituts. On peut également la consulter sur Internet à l'adresse donnée ci-dessus. Vous pouvez reproduire gratuitement ce document, nous demandons seulement que la source soit clairement identifiée.

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada 2002.

Cat. H39-639/2002 ISBN 0-662-66828-6 N° de convention : 1754424

En attendant Romanow...

Recommandations sur l'avenir des soins de santé au Canada

Introduction

Au printemps 2002, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a remis à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada un résumé analytique qui présentait l'opinion du CCNTA sur certaines questions liées à la réforme des soins de santé (principalement du point de vue des aînés) et offrait des réponses à certaines questions importantes soulevées dans le *Rapport provisoire* de la Commission. Le document du CCNTA présentait finalement une série de recommandations précises en vue de réformer le système de santé.

Même si les idées du CCNTA sur l'avenir des soins de santé au Canada sont maintenant connues de la Commission Romanow, elles n'ont toujours pas été rendues publiques. Le but du présent document, en attendant la diffusion du rapport final de la Commission Romanow, prévu pour la mi-novembre 2002, est de décrire et d'expliquer les vues du Conseil au grand public.

La présidente,

Pat Raymaker

Patricia Raymaker

Notre système de santé a-t-il bien servi les Canadiens et Canadiennes?

Le CCNTA est d'avis que les Canadiens et Canadiennes ont été bien servis par un système de santé public accessible à tous. Malgré le fait que bon nombre aient exprimé des inquiétudes dans les dernières années en ce qui concerne certains aspects du système (p. ex. accès à certains services, listes d'attente), de multiples sondages indiquent que les Canadiens et Canadiennes qui doivent effectivement *utiliser* le système de santé se disent généralement grandement satisfaits des soins qu'ils reçoivent. La comparaison internationale des systèmes de santé des pays industrialisés révèle que le système canadien fournit des soins de grande qualité à toute la population canadienne, à un coût raisonnable pour la société (c'est-à-dire que notre système est relativement « efficace »). Toutefois, le CCNTA est également d'avis qu'il est nécessaire d'entreprendre des réformes si l'on veut maintenir et moderniser le système de santé canadien. Plus précisément, le Conseil recommande fortement à tous les gouvernements de prendre des mesures relatives à certains problèmes de soins de santé touchant plus largement les aînés. La plupart du temps, ce sont tous les groupes d'âge qui bénéficieront des modifications au système de soins de santé visant à mieux servir les besoins des aînés.

Le CCNTA est d'avis que les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), qui ont guidé jusqu'à maintenant la prestation des soins de santé au Canada (intégralité, accessibilité, universalité, transférabilité et gestion publique) sont valables et efficaces. Toutefois, le Comité reconnaît également que les soins de santé ont évolué énormément depuis les années 60, époque à laquelle ces principes sont devenus le fondement de l'assurance-maladie, et depuis 1984, année où ces principes ont été ajoutés à la LCS. Il est peut-être temps de se demander si nous devons clarifier davantage ces principes afin de tenir compte des nouvelles réalités entourant les soins de santé d'aujourd'hui, ou si nous devons adopter de nouveaux principes ou programmes qui permettront de réformer le système de santé afin de répondre à l'évolution des besoins en matière de soins de santé.

Même si le maintien et la réforme des soins de santé au Canada serviraient évidemment l'intérêt de tous, cela revêt une importance particulière pour les aînés. En effet, lorsqu'une personne vieillit, le fait qu'elle ait accès à des soins de santé de haute qualité peut influencer davantage son état de santé.

I. Enjeux

Réforme des soins primaires

Le CCNTA considère que la réforme des soins de santé primaires est essentielle au maintien et à la modernisation des soins de santé. Lorsque les responsables des politiques parlent de réformer les soins primaires, cela inclut habituellement la tâche de modifier l'organisation du travail des professionnels de la santé (p. ex. favoriser les équipes interdisciplinaires formées de divers professionnels de la santé au lieu de l'exercice individuel de la médecine; changer les rôles respectifs que jouent divers professionnels de la santé) ou de changer les méthodes de rémunération. Par exemple, en remplaçant la principale méthode de rémunération – la rémunération à l'acte – par un ensemble de méthodes de paiement, on inciterait beaucoup plus les médecins à pratiquer de manière différente et plus efficace (p. ex. médecine préventive, counselling accru). Ces méthodes de paiement pourraient inclure des salaires, la rémunération par capitation, des contrats ou la rémunération à l'acte.

La réforme des soins primaires est importante pour les aînés, car ils comptent souvent plus que d'autres groupes sur un accès rapide aux services des professionnels de santé. L'accès rapide aux soins de santé primaires peut permettre de déceler les problèmes de santé à temps et de réduire ainsi les risques d'hospitalisation. Le CCNTA est d'avis que les soins de santé primaires doivent être modifiés afin d'être davantage en harmonie avec les principes des soins gériatriques. Les aînés aux prises avec de nombreux problèmes de santé pourront profiter de milieux de soins de santé dans lesquels oeuvreront des équipes formées de professionnels provenant de diverses disciplines. La modification des moyens utilisés pour rémunérer les médecins (p. ex. moins de rémunération à l'acte) encouragerait davantage les professionnels de la santé à passer plus de temps avec chaque patient. Finalement, le fait de réformer les soins de santé primaires pour accorder une plus grande place aux activités de promotion de la santé et de prévention des maladies dans le milieu des soins de santé primaires pourrait améliorer l'état de santé des aînés et de l'ensemble de la population.

Soins à domicile

Le CCNTA croit que le maintien et l'élargissement des soins à domicile sont essentiels à la réforme du système de santé, et cela afin de répondre à la fois aux besoins des aînés d'aujourd'hui (et d'autres groupes d'âge qui comptent sur les soins à domicile) et aux

besoins d'une population vieillissante. Les soins à domicile préviennent et retardent le placement en établissement et améliorent la qualité de vie des aînés en leur permettant de demeurer dans leur collectivité. Par contre, malgré les avantages des soins à domicile – et leur nécessité croissante – l'élargissement des soins à domicile n'a pas reflété les coupures faites dans les hôpitaux. Malgré l'objectif visant à réduire progressivement la prestation des soins de santé dans les établissements physiques, comme les hôpitaux, en faveur des soins dans les communautés, les dépenses pour les soins à domicile représentent seulement 4 % de toutes les dépenses en soins de santé. Environ 80 % à 90 % des soins à domicile ne sont pas rémunérés. Le financement public des soins à domicile et de l'aide à domicile varie largement dans tout le pays, et à l'intérieur d'une même province.

Médicaments sur ordonnance

Les médicaments sur ordonnance occupent maintenant une partie beaucoup plus importante du système de santé canadien. À vrai dire, les médicaments sur ordonnance constituent l'élément de coût du système de santé national dont la croissance est la plus rapide. Le coût des médicaments sur ordonnance par foyer a augmenté de 170 % durant les 20 dernières années. Le système de soins de santé public du Canada n'a pas suivi l'évolution des soins – tels qu'ils sont maintenant dispensés. Les médicaments sur ordonnance sont remboursés par l'État à la condition qu'ils aient été prescrits dans un hôpital, et cela même si la plupart des prescriptions sont obtenues dans les cabinets de médecin. La couverture publique des médicaments sur ordonnance pour les aînés varie grandement d'une province à l'autre. La question de la couverture des médicaments sur ordonnance affecte beaucoup plus fortement les aînés, car ceux-ci utilisent plus de médicaments sur ordonnance que les autres groupes de population. Certains aînés – et également des Canadiens plus jeunes – risquent toujours de ployer sous un fardeau financier excessif en raison du prix élevé des médicaments.

Santé de la population, promotion de la santé, prévention des maladies

Les aînés ne constituent pas un groupe monolithique; certains aînés vieillissent en meilleure santé que d'autres. Cela signifie que l'investissement dans des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies offre un fort potentiel pour aider à maintenir la santé des aînés qui vieillissent bien et à améliorer la santé des aînés atteints de maladies ou à risque de graves problèmes de santé. Il existe de nombreuses preuves démontrant que les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies

(p. ex. prévention des chutes, activité physique, saine alimentation) peuvent améliorer la santé des aînés – même à un âge très avancé. Bon nombre de maladies chroniques qui abrègent la vie ou diminuent la qualité de vie des aînés (diabète, maladies cardiaques, arthrose) peuvent être modifiées grâce aux programmes de promotion de la santé, d'éducation sanitaire et de prévention des maladies. Le CCNTA est d'avis que, dans la conception et l'exécution de tels programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, il faudra particulièrement tenir compte des groupes marginalisés comme les personnes qui ont un faible revenu, qui vivent dans des conditions matérielles très précaires ou qui sont dépourvues de l'appui social de leurs proches.

II. Le CCNTA répond aux questions soulevées dans le *Rapport provisoire* de la Commission Romanow

Le *Rapport provisoire* de la Commission demandait l'avis des Canadiens et Canadiennes à propos d'une série de questions sur l'avenir des soins de santé au pays.

« La Loi canadienne sur la santé (LCS) doit-elle être réexaminée? »

La réponse du CCNTA à cette question est un **oui** conditionnel : réexaminée, mais pas revue. Le Conseil entend par là que l'histoire montre que la LCS a bien servi les Canadiens et Canadiennes. Les cinq principes inscrits dans la Loi (accessibilité, universalité, intégralité, transférabilité et gestion publique) sont toujours aussi pertinents et aussi compatibles avec les valeurs canadiennes. Les principes ont donné à chaque province une grande souplesse dans la conception et la prestation des soins de santé.

Par contre, le Comité croit que ces principes sont trop flous. Le manque de précision sur le sens véritable de ces principes a entraîné, comme bon nombre l'admettront, la dégradation de certains aspects du système de santé. Puisqu'aucun consensus n'a été établi sur la manière dont ces principes doivent être appliqués dans les situations réelles du domaine de la santé, les critiques ont avancé que les gouvernements provinciaux ont disposé d'une trop grande marge de manoeuvre dans l'interprétation des principes, alors que le gouvernement fédéral n'a quant à lui pas suffisamment de pouvoir pour remettre en question ces interprétations.

Si on revoit la LCS pour y ajouter quelque chose, c'est dire qu'on peut aussi en retrancher quelque chose. Cela pose un risque inutile. Une des options proposée par le CCNTA est de ne pas toucher aux principes, tels qu'ils figurent actuellement dans la LCS, mais d'adopter un compendium permettant de clarifier les cinq principes. Le CCNTA croit que l'expression « médicalement nécessaire », mentionnée dans la Loi (ce terme ne constitue toutefois pas un des cinq principes), doit être clairement définie et acceptée par tous les niveaux de gouvernement. Cette nouvelle loi pourrait également inclure deux principes additionnels pour orienter le système de santé du Canada : qualité et obligation de rendre des comptes. Ces deux nouveaux principes feraient en sorte que les gouvernements seraient tenus de rendre régulièrement des comptes à leurs électeurs sur la qualité et le rendement des systèmes de santé. Tous les gouvernements devraient être vérifiés par un tiers indépendant du gouvernement, afin d'assurer la prestation des soins de santé la plus efficace et efficiente possible. Les gouvernements, les fournisseurs, les assureurs et d'autres intervenants seraient également responsables, à l'endroit des contribuables et des citoyens, des soins de santé qu'ils fournissent et des fonds publics qu'ils utilisent pour ce faire.

En plus de ce qui a été mentionné plus haut, le nouveau compendium doit refléter le fait que la prestation des soins de santé a terriblement changé depuis l'apparition de l'assurance-maladie dans les années 60 et de la LCS en 1984. Le compendium devra spécifier comment les « nouveaux services de base » adaptés aux nouvelles questions de santé et aux réalités nouvelles de la société canadienne doivent être abordés à l'aide de la législation. Le CCNTA recommande qu'en plus des services de soins de santé déjà assurés par l'État, de « nouveaux services de base » soient aussi couverts par l'État, en donnant la priorité (en ordre décroissant) aux soins à domicile, aux médicaments sur ordonnance et aux soins de longue durée.

Une autre des questions dont traite le rapport provisoire concerne les quatre approches concernant l'avenir des soins de santé. La Commission a conclu jusqu'ici, dans ses exposés, que les opinions des Canadiens et Canadiennes en ce qui concerne les moyens de résoudre les difficultés qui menacent le système de santé semblent se fondre en quatre grandes approches : accroissement des investissements publics; partage des coûts et des responsabilités; accroissement des choix offerts par le secteur privé; réorganisation du mode de prestation des services.

« Quelle est l'approche préconisée par le CCNTA? »

Le CCNTA privilégie certains aspects de trois des quatre approches, avec certaines réserves :

- **accroissement des investissements publics** : le CCNTA considère que l'accroissement des investissements publics **fait partie** de la solution pour maintenir et moderniser le système de santé au Canada, particulièrement dans les secteurs des soins à domicile, des médicaments sur ordonnance et de l'accroissement des transferts canadiens en matière de santé et de programmes sociaux;

- **accroissement des choix offerts par le secteur privé** : le CCNTA est ouvert à des innovations en matière de prestation qui pourraient accroître les choix offerts par le secteur privé ou améliorer l'efficacité du système, mais uniquement si ces changements *ne réduisent pas* l'accessibilité et l'universalité (p. ex. prestation de services privée mais assurée par l'État) ou n'augmentent pas inutilement les coûts;

- **réorganisation du mode de prestation des services** : le CCNTA croit que d'importantes améliorations peuvent être apportées par la réorganisation du mode de prestation des services, que ce soit par la réforme des soins de santé, le transfert des ressources à des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies ou la reconnaissance du fait que la couverture des médicaments sur ordonnance et des soins à domicile devrait faire partie de l'assurance-maladie.

Le CCNTA **n'appuie pas** l'approche du **partage des coûts et des responsabilités**. Le CCNTA craint que la participation aux coûts, la facturation des soins aux usagers et d'autres méthodes restreignent l'accès aux soins sans en améliorer l'efficacité. Des preuves recueillies à l'échelle internationale par la Communauté économique européenne indiquent qu'il est plus facile de contenir la hausse des coûts en modifiant la façon dont le système de santé fournit les services qu'en augmentant les frais à débourser par les patients.

La troisième question sur laquelle la Commission a demandé aux Canadiens de se prononcer est la suivante :

« Quelles options devrions-nous privilégier pour garantir le financement et la durabilité financière du système de santé canadien? »

Le CCNTA est d'avis :

- qu'il n'existe pas de chiffre « magique » indiquant le montant approprié pour les dépenses en soins de santé;
- que les niveaux de financement des soins de santé doivent être plus prévisibles et plus transparents;
- que la part du financement des soins de santé assumée par le gouvernement fédéral doit être plus grande.

III. Le CCNTA recommande à la Commission Romanow et aux Canadiens

En réponse à certaines des principales questions soulevées dans le rapport provisoire de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, le CCNTA recommande :

Que LCS conserve les cinq principes sur lesquels le système de santé canadien repose. Un compendium de la LCS devrait être adopté afin de clarifier les cinq principes existants, d'ajouter deux nouveaux principes, soit la qualité et la reddition de comptes, et d'assurer des programmes de couverture publique des soins à domicile et des programmes plus complets d'assurance-médicaments.

Que tous les gouvernements collaborent à la modernisation et au maintien du système de santé canadien de la manière suivante :

- davantage d'investissements publics;
- accroissement des choix offerts par le secteur privé, tel que décrit par le CCNTA;
- réorganisation du mode de prestation des services.

Que les niveaux de financement des soins de santé soient plus prévisibles et plus transparents, et que la part du gouvernement fédéral dans le financement des soins de santé soit plus grande.

Pour ce qui est des enjeux relatifs au système de santé touchant particulièrement les aînés, le CCNTA recommande :

Que le nombre de médecins formés en médecine gériatrique soit augmenté.

Que tous les gouvernements explorent des méthodes de rémunération pour les médecins et des mesures incitatives améliorées pour diverses formes d'organisation clinique (p. ex. groupes interdisciplinaires) afin qu'il y ait une compatibilité accrue avec les principes de soins gériatriques prenant en considération l'approche multi-dimensionnelle requise pour soigner cette couche de la population.

Que tous les niveaux de gouvernements collaborent à la réforme des soins de santé primaires afin de rendre ceux-ci plus accessibles (p. ex. 24 heures sur 24 / 7 jours sur 7) et plus intégrés d'une discipline à l'autre.

Qu'un programme national de couverture des soins à domicile (de préférence dans le cadre d'un compendium de la LCS) soit mis sur pied afin de fournir au minimum un ensemble « fondamental » de services pour tous.

Qu'un régime d'assurance-médicaments national complet avec couverture publique ou avec couverture publique et privée soit mis sur pied (de préférence dans le cadre d'un compendium de la LCS).

Qu'une plus grande priorité soit accordée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies en augmentant le montant du financement public pour les initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies qui ont fait leurs preuves.

Que les soins de longue durée soient intégrés au système de soins de santé.

Le CCNTA croit que :

- La société doit reconnaître les mêmes droits, devoirs et privilèges à tous, peu importe leur âge.

- Les aînés ont droit à l'autonomie tout en bénéficiant de l'interdépendance; ils ont droit de prendre leurs propres décisions, y compris de « vivre à risque ».

- Les aînés doivent participer à l'élaboration des politiques et des programmes. Ces politiques et programmes doivent tenir compte de l'hétérogénéité et de la diversité culturelle chez les aînés.

- Les aînés doivent pouvoir compter, dans toutes les régions du pays, sur une protection de revenu adéquate, sur un accès universel aux soins de santé et sur la présence d'une gamme de programmes et de services capables de soutenir leur autonomie